

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1923

THÈSE **73** No.....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

# LA MÉSÉNTÉRITE

## SCLÉROSANTE ET RÉTRACTILE

PAR

TH. CHOTARD

De la Faculté de Médecine de Paris

---

*Président : M. HARTMANN, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1923

85

73

THÈSE  
POUR  
LE DOCTORAT EN MÉDECINE

87

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1923

# THÈSE

N° .....

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

---

# LA MÉSÉNTÉRITE

## SCLÉROSANTE ET RÉTRACTILE

PAR

TH. CHOTARD

De la Faculté de Médecine de Paris

---

*Président : M. HARTMANN, Professeur*

---

PARIS

AMÉDÉE LEGRAND, ÉDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, 93

---

1923

# Faculté de Médecine de Paris

**DOYEN**.....

**PROFESSEURS**.....

Anatomie.....  
Anatomie médico-chirurgicale.....  
Physiologie.....  
Physique médicale.....  
Chimie organique et chimie générale.....  
Bactériologie.....  
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....  
Pathologie et Thérapeutique générale.....  
Pathologie médicale.....  
Pathologie chirurgicale.....  
Anatomie pathologique.....  
Histologie.....  
Pharmacologie et matière médicale.....  
Thérapeutique.....  
Hygiène.....  
Médecine légale.....  
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....  
Pathologie expérimentale et comparée.....

Clinique médicale.....

Hygiène et clinique de la 1<sup>re</sup> enfance.....  
Clinique des maladies des enfants.....  
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.....  
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques.....  
Clinique des maladies du système nerveux.....  
Clinique des maladies contagieuses.....

Clinique chirurgicale.....

Clinique ophtalmologique.....  
Clinique des maladies des voies urinaires.....

Clinique d'accouchement.....

Clinique gynécologique.....  
Clinique chirurgicale infantile.....  
Clinique thérapeutique.....  
Clinique oto-rhino-laryngologique.....  
Clinique thérapeutique chirurgicale.....  
Clinique propédeutique.....

M. ROGER

MM.

NICOLAS  
CUNEO  
CH. RICHET  
André BROCA.  
DESGREZ  
BEZANÇON  
BRUMPT  
MARCEL LABBE  
RENON  
LECENE.  
LETULLE  
PRENANT  
RICHAUD  
CARNOT  
LÉON BERNARD  
BALHAZARD  
MENETRIER  
ROGER  
ACHARD  
WIDAL  
GILBERT  
CHAUFFARD  
MARFAN  
NOBECOURT

N.  
JEANSELME  
PIERRE MARIE  
TEISSIER  
DELBET  
LEJARS  
HARTMANN  
GOSSET  
DE LAPERSONNE  
LEGUEU  
BRINDEAU  
JEANNIN  
COUVELAIRE  
J. L. FAURE  
AUGUSTE BROCA  
VAQUEZ  
SEBILEAU  
DUVAL  
SERGENT

## AGRÉGÉS EN EXERCICE

MM.

ABRAMI  
ALGLAVE  
BASSET  
BAUDOIN  
BLANCHETIÈRE  
BRANCA  
CAMUS  
CHAMPY  
CHEVASSU  
CHIRAY  
CLERC  
DEBRE  
DESMAREST

DUVOIR  
FIESSINGER  
GARNIER  
GOUGEROT  
GREGOIRE  
GUENIOT  
GUILLAIN  
HEITZ-BOYER  
JOYEUX  
LABBE (HENRI)  
LAIGNEL-LAVASTINE  
LANGLOIS

LARDENNOIS  
LE LORIER  
LEMIERRE  
LEQUEUX  
LEREBoullet  
LERI  
LEVY-SOLAL  
MATHIEU  
METZGER  
MOCQUOT  
MULON  
OKINCZYC  
PHILIBERT

RATHERY  
RETTERRER  
RIBIERRE  
ROUSSY  
ROUVIERE  
SCHWARTZ (A)  
TANON  
RICHAUD  
TERRIEN  
TIFFENEAU  
VILLARET

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MES PARENTS

A MES AMIS

A MES MAITRES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

M. HARTMANN

PROFESSEUR DE CLINIQUE CHIRURGICALE  
A L'HOTEL-DIEU

A M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ MAUCLAIRE

CHIRURGIEN DE LA PITIÉ

## INTRODUCTION

---

La mésentérite sclérosante et rétractile n'avait guère été considérée, jusqu'à ces derniers temps, que comme une modalité de réaction péritonéale dans la seule tuberculose de forme fibro-adhésive.

En réalité, la question est plus complexe.

Nous rendons notre modeste hommage à M. le Professeur agrégé Mauclaire de l'avoir dégagée de ce cadre trop restreint par une étude d'ensemble qui a déterminé ses rapports avec des affections autres que la tuberculose. Nous lui devons d'avoir mis de nouveau en relief de frappantes particularités anatomopathologiques caractéristiques de l'affection (les cicatrices étoilées) qui, cependant, avaient passé jusqu'ici inaperçues malgré une observation isolée de Riedel.

Grâce à l'appel de Mauclaire, qui en a établi une bibliographie complète, pour rare que soit cette affection, elle prendra désormais toute son importance, au fur et à mesure que la clinique, mieux avertie, en révélera des cas de plus en plus nombreux.

C'est ainsi que l'attention des auteurs ayant été attirée de ce côté, nous pouvons publier dans ce travail

cinq observations récentes et inédites dues à M. Duboucher (d'Alger) que nous remercions.

Que M. Mauclaire veuille bien agréer nos vifs remerciements pour nous avoir suggéré ce sujet de thèse, ainsi que M. le Professeur Hartmann qui nous fait l'honneur de la présider.

---

I

HISTORIQUE

Nous avons fait des recherches dans les travaux de Scarpa (1747-1832).

Puis nous avons passé à la thèse de Doctorat (1817) et à la thèse de professorat (1819) de J. Cloquet, sur les hernies.

Parmi les œuvres plus récentes; nous avons consulté celles de Cruveilhier, Astley Cooper, Gosselin, Dechambre, lu dans le Dictionnaire l'article Hernie de Boursier et le traité de Chirurgie de Duplay et Reclus (article Berger).

Malgré leur perspicacité et leur grand esprit d'observation, aucun de ces auteurs ne signale les *cicatrices pourtant typiques* de l'affection.

En 1894, nous trouvons la première relation de Benham sur la méésentérite rétractile. En 1897, Riedel en publie 3 cas.

Ténani, en 1913, publie 3 observations et en signale une autre d'Agostino. La même année, Krynski fait part au Congrès de médecine de Londres, d'une observation prise en 1910.

Enfin, en avril 1920, à la Société de chirurgie, Mauclore fait une étude générale de l'affection, et en signale 2 cas.

C'est à partir de ce moment et sur ses pressantes instances que les observations vont se faire désormais plus nombreuses :

Ferron (2 cas) et Murard (1 cas) en 1920.

Viannay (1 cas), Fritch (2 cas), Bergeret et Moutier (1 cas), pour 1921.

Puis Duvergey (2 cas). Abadie (d'Oran) (2 cas), Parcelier et Mangé (1 cas).

Mauclore reviendra sur la question dans sa communication d'octobre 1921, à la Société de chirurgie et dans un article de la *Gazette des Hôpitaux* des 7 et 9 mars 1922.

Citons également la thèse de Daubigny (Bordeaux 1922) qui nous a été utile pour la rédaction de la nôtre.

Enfin, en plus des observations précitées, nous sommes heureux de publier 5 autres inédites de Dubouché (d'Alger), l'une de 1921, quatre de 1922.

Mentionnons pour mémoire que nous avons vu à la fin de 1922, également dans le service de M. le Professeur Delbet, une pièce anatomique représentant une volumineuse masse d'intestin grêle qui était contenue dans un sac herniaire, et dont le méso était nettement rétracté. L'opération datait de la même année.

---

## II

### ETIOLOGIE

---

Malgré le nombre restreint d'observations recueillies jusqu'ici, et dont quelques-unes ne donnent pas certains éléments qu'il serait nécessaire de connaître, nous pouvons néanmoins en tirer des notions étiologiques fermes.

Un point nous a frappé et semble être digne de remarque ; c'est de rencontrer dans les causes de la mésentérité rétractile, tantôt une affection mécanique, nettement chirurgicale (l'étranglement herniaire ou une ancienne hernie, le malade n'ayant pas porté de bandage. Observation Duboucher), tantôt une affection purement médicale (microbienne par exemple, comme la tuberculose, la syphilis) lesquelles ne sembleraient pas de prime abord devoir déterminer les mêmes conséquences pathogéniques.

Notons l'âge avancé de la vie où on rencontre généralement cette affection qui semble plutôt aussi être l'apanage du sexe masculin, sans doute parce

que la hernie est plus fréquente chez l'homme que chez la femme.

Dans le chapitre de la pathogénie, nous compléterons ces considérations étiologiques seulement ébauchées ici.

---

III

**ANATOMIE ET PHYSIOLOGIE**

---

Rappelons en deux mots la constitution anatomique du mésentère. C'est un repli du péritoine composé de deux feuillets recouvrant, l'un, la face supérieure, l'autre, la face inférieure de l'intestin grêle. Ils se rejoignent au niveau de son bord postérieur pour aller s'insérer à la partie postérieure de la cavité abdominale, suivant une ligne oblique de haut en bas et de gauche à droite; depuis le côté gauche de la 2<sup>e</sup> vertèbre lombaire au côté interne du cœcum.

Il est destiné à maintenir en place l'intestin.

Tillaux le décrit ainsi :

« Supposez une bande longue de plusieurs mètres et large de 15 à 20 centimètres, dont vous avez froncé l'un des bords, de façon à le réduire à la longueur de 10 à 15 centimètres environ, et vous avez une idée du mésentère. Il ne présente pas une hauteur égale dans toutes ses parties ; elle est à peine de 1 centimètre à ses extrémités ; il offre vers son milieu sa plus grande hauteur ;

celle-ci, variable selon les sujets, peut atteindre 18 à 20 centimètres ».

C'est aux extrémités où la diminution de hauteur est la plus marquée que siège le plus souvent la rétraction.

Entre les deux feuillets adossés du mésentère se trouvent des vaisseaux sanguins, des vaisseaux et des ganglions lymphatiques, une couche variable de tissus adipeux, et des fibres musculaires lisses qui lui permettent de se contracter.

C'est ce qui explique dans l'anus contre nature la rentrée par rétraction mésentérique des deux bouts de l'intestin dans la cavité abdominale, ainsi que la réduction spontanée de certaines hernies étranglées.

Lardennois et Okinczyc signalent la rareté des artères sur le segment iléo-côlique où l'artère mésentérique, l'artère iléo-cœcale et l'arcade termino-iléale anastomotique délimitent un espace peu vascularisé appelé aire avasculaire de Trèves, tout indiqué par conséquent pour une nécrose et une sclérose faciles.

---

#### IV

### **PATHOGÉNIE**

---

Les auteurs ne sont pas unanimes dans l'explication de la pathogénie de l'affection. Nous verrons cependant si un fait étiologique n'est pas prédominant et ne peut concilier des opinions divergentes seulement en apparence.

Rappelons d'abord une propriété physiologique du mésentère dont les fibres musculaires lisses permettent la rétraction spontanée, par exemple, dans certains étranglements herniaires.

La transition entre ce fait physiologique pour ainsi dire normal et la pathologie est déjà soulignée par la sclérose et la rétraction dans certaines hernies anciennes du grêle (Mauclaire).

Dans le domaine pathologique proprement dit, on distingue la variété congénitale de l'affection et la variété acquise.

#### *1° Chez le nouveau-né.*

Dans le cas d'occlusion congénitale de l'intestin grêle, il y a fréquemment coexistence de lésions du

mésentère et de l'intestin, et il est difficile de savoir lesquelles sont primitives et lesquelles sont secondaires.

Nous pensons, toutefois, au rôle capital de la péritonite fœtale tuberculeuse ou syphilitique, vu la fréquence de ces dernières affections, dans la rétraction mésentérique. A ce sujet, invoquons le cas suivant apporté par Mauclair et Algrave :

Un anus iliaque a été pratiqué chez un nouveau-né de 4 jours parce que l'on a cru percevoir une valvule oblitérant le rectum. L'enfant mourut 2 jours après. L'autopsie révéla une péritonite généralisée avec lésions anciennes, fausses membranes et brides appliquant les anses intestinales les unes contre les autres. L'examen microscopique décela le bacille de Koch.

Ces malformations congénitales peuvent ne pas avoir de suites fâcheuses immédiates et même un temps plus ou moins long peut s'écouler avant leur manifestation.

Supposons, en effet, certaines anses intestinales particulièrement atrésiées par la péritonite, les autres ne l'étant pas. Le développement des premières sera impossible, et la disproportion entre elles et les secondes ira s'accroissant avec la croissance, d'où l'obstruction. L'observation XXI se rapportant à une jeune fille de 15 ans en est la démonstration.

Les conséquences peuvent même être encore plus lointaines et ne se manifester qu'après de nombreuses années chez l'adulte, comme le pense Mauclair

dans le cas de cet homme de 54 ans relaté dans notre observation XII.

2° *Chez l'adulte.*

D'après nos observations, les causes les plus fréquentes de la rétraction du mésentère sont : la péritonite tuberculeuse ou syphilitique et les hernies ; puis les artérites d'origines diverses et les lésions de la muqueuse intestinale.

a) *Tuberculose.* — Depuis longtemps on connaît le rôle de la péritonite tuberculeuse de forme fibro-adhésive dans la production de la mésentérite sclérosante et rétractile ; on la considérait même à peu près, nous l'avons dit, comme en étant l'unique cause.

Nous l'avons étudiée, plus haut, dans un cas de péritonite foétale et nous n'y reviendrons pas puisque ses effets de rétraction sont les mêmes chez l'adulte que chez le fœtus. Plusieurs de nos observations le confirment.

b) *Syphilis.* — D'après le P<sup>r</sup> Letulle « la syphilis frappe le péritoine et les viscères sous-jacents d'une manière beaucoup plus fréquente qu'on ne le pense ». Il fait ressortir l'épaississement et le ton blanchâtre de diverses régions du péritoine, tant pariétal que viscéral.

« La péritonite syphilitique peut déterminer, dit-il, le long du côlon, des déformations singulières, inattendues, redoutables par leurs conséquences : une coudure du côlon ascendant, par accolement de

plusieurs franges épiploïques ou par rétraction cicatricielle d'une partie de son méso, peut avoir transformé en C ou en U le segment pathologique du conduit intestinal, d'où la possibilité d'accidents d'obstruction ».

Ce qui fait tout naturellement penser à la rétraction que la syphilis peut occasionner sur le mésentère aussi bien que sur le méso-côlon, puisque, du reste, une des régions préférées de la péritonite syphilitique est précisément la région péri-jéjunoléale.

Nous ne pouvons cependant citer à l'appui de cela que notre observation XX qui, d'après Abadie, relèverait, et avec quelques réserves, de la syphilis.

c) *Artérites*. — Les plus fréquentes sont d'origine tuberculeuse, syphilitique, éthylique, souvent du reste associées.

Dans la tuberculose, l'artérite succède souvent aux ulcérations intestinales.

Scheib cite un cas typique d'oblitération des artères du mésentère par la syphilis.

L'alcool est un poison sclérosant : voir l'observation XX où il le dispute à la vérole.

Il en est de même des poisons formés dans l'intestin : indols, phénols, corps aromatiques.

Rappelons aussi l'intoxication saturnine, les artérites typhoïdiques.

Pour peu fréquentes, d'après Huchard, que soient les atteintes des artères mésentériques et intestina-

les dans l'artério-sclérose, celle-ci n'en semble pas moins avoir un rôle dans nos observations VI et VII.

d) Citons encore l'entérite, la dysenterie.

En somme, toutes les *lésions de la muqueuse intestinale*, quelles que soient leurs causes, peuvent provoquer de la lymphangite qui elle-même sera cause de sclérose du mésentère.

e) *Hernie*. — Nous arrivons enfin au rôle mécanique prépondérant des irritations occasionnées par elle, et qui peuvent même contribuer à l'étranglement.

Plusieurs cas figurent dans nos observations, et, coïncidence curieuse, les 5 dernières s'y rapportent exclusivement.

Le mésentère inclus dans le sac herniaire est d'abord œdématié avant de subir ensuite la rétraction cicatricielle à rapprocher de la rétraction musculaire ischémique de Volkmann.

Dans le chapitre suivant, nous essayerons d'expliquer la sclérose et les cicatrices étoilées.

---

V

**ANATOMIE PATHOLOGIQUE**

---

Que la mésentérite soit d'origine mécanique (hernie), microbienne (tuberculose, syphilis), ou toxique (éthylisme), 3 éléments histologiques lui sont communs :

La *sclérose*, la *rétraction* et les *cicatrices étoilées*.

Les 2 premiers sont particulièrement importants à cause des complications envisagées plus loin (occlusion intestinale et infarctus). Les « étoiles » en sont pour ainsi dire, la signature anatomo-pathologique.

La rétraction, ou diminution de largeur du mésentère est plus accentuée, en général, au bord droit du méso, ce que fait comprendre la rareté des vaisseaux sanguins en ce point diminuant d'autant sa nutrition, comme nous l'avons indiqué plus haut.

En plus des 3 éléments anatomiques précités, dans la mésentérite tuberculeuse ou syphilitique notamment, les 2 faces du mésentère sont blanchâtres, vernissées, les anses intestinales agglomérées, en-

paquetées par des nappes porcelainées, baignant dans l'ascite. Sur le méso et l'intestin peuvent se voir de petits kystes séreux attribuables, vraisemblablement à des étranglements lymphatiques.



Cas de Duvergey

La sérïte syphilitique se distingue toutefois de la sérïte tuberculeuse par un épaississement plus marqué, dû, d'après Letulle, à la néo-formation d'un tissu conjonctivo-vasculaire aussitôt après l'apparition du virus syphilitique dans le péritoine.

La rétraction totale ou partielle attire l'intestin vers la paroi abdominale postérieure en lui imprimant des coudures, des déformations diverses ; au-

dessus de l'obstacle, l'intestin est dilaté, au-dessous, atrésié.

Remarquons, enfin, que dans la mésentérite, le péritoine entier peut être lésé, ainsi que l'intestin. « Du reste, dit Mauclaire, tous les mésos peuvent être atteints de sclérose et de rétraction, mais la sclérose et la rétraction du mésentère ont une individualité particulière. »

Nous expliquons la sclérose et la rétraction par l'ischémie du méso consécutive à l'irritation herniaire et à l'artérite plus ou moins généralisée dans la tuberculose et la syphilis.

Nous proposons la théorie suivante comme genèse des cicatrices étoilées.

Considérons d'abord dans l'étranglement herniaire la portion intra-sacculaire du méso : la circulation y étant d'une part ralentie ou nulle, et, d'autre part, le sang stagnant étant en contact avec des poisons intestinaux ou microbiens, des dépôts de fibrine se forment en certains points du réseau vasculaire. Le coagulum en augmentant de volume envahira les vaisseaux plus petits qui irradiant de ces points, en les redressant plus ou moins, en vertu de sa force d'expansion centrifuge ; et les si curieuses étoiles seraient le reliquat de ces thrombus sanguins.

Même explication pour les étoiles extra-sacculaires et celles des autres mésentérites.

On peut même conclure que les étoiles ont une formation antérieure à la sclérose proprement dite,

puisque celle-ci détruit la perméabilité vasculaire indispensable à leur production.

Leur teinte plus nacrée serait aussi en faveur de leur antériorité.

Une photographie ci-jointe représente les lésions typiques se rapportant à l'observation XIX (Duvergey).

---

## VI

### SYMPTOMATOLOGIE

---

La méésentérite est surtout une découverte opératoire ou nécropsique. Avant l'ouverture de l'abdomen un diagnostic ferme ne peut en être posé d'après les symptômes cliniques seuls.

Les observations VI, VII et XVIII ne la révèlent qu'en tant que trouvaille d'autopsie, aucun trouble abdominal ne s'étant manifesté durant la vie.

Chez beaucoup de malades l'intervention a été motivée par une constipation opiniâtre, par des attaques de constipation alternant avec de la diarrhée, par une augmentation de volume plus ou moins grande de l'abdomen, par des douleurs persistantes, tous ces symptômes étant occasionnés par des coupures ou des rétrécissements de l'intestin.

Dans l'observation I, la palpation avait révélé une grosse tumeur, irrégulière, mobile, douloureuse à la pression. Tumeur également dans le cas X.

Souvent ses symptômes se confondent avec ceux des complications.

---

## VII

### DIAGNOSTIC

---

Si la laparotomie et la kélotomie sont les grandes révélatrices de la mésentérite sclérosante et rétractile et si le diagnostic est difficile de par les simples symptômes cliniques, la radiographie a pu montrer le calibre du côlon descendant très diminué et l'angle côlique gauche distendu (observation X), un obstacle sur le grêle dans la région pyloro-duodénale (observation XII), une distension considérable des anses sans occlusion vraie, le tube digestif étant entièrement parcouru par le liquide opaque (observation XXI).

La *radiographie* peut donc rendre de grands services en montrant les déformations, coudures, rétrécissements, fixations, rétraction de l'anse fixée vers le rachis.

---

## VIII

### PRONOSTIC ET COMPLICATIONS

---

En raison même des divers degrés de rétraction et de sclérose du mésentère, on conçoit parfaitement la possibilité de l'affection de passer inaperçue durant la vie de certains malades (observations VI, VII, XVIII).

Par opposition à ces cas *bénins*, lorsque les lésions sont très marquées, deux redoutables complications sont à craindre dans les *cas graves* :

1° L'*occlusion intestinale* aiguë par coudure de l'intestin, par torsion d'une anse, ou même, d'après Mauclore, par torsion totale du grêle.

2° L'*infarctus intestinal* provoqué par la compression oblitérante des vaisseaux sanguins mésentériques (Mauclore).

---

## IX

### TRAITEMENT

---

D'après Viannay, « certains processus d'inflammation chronique du mésentère sont susceptibles de rétrocession spontanée ».

Ceci est vrai, particulièrement dans la tuberculose qui n'en relèvera pas moins du traitement ordinaire.

Quand il s'agira de syphilis, on appliquera le traitement approprié.

Toutefois, dans la tuberculose, le simple fait de la laparotomie peut provoquer la rétrocession des lésions.

Quand les lésions seront intenses, on pratiquera évidemment, ou la *libération des adhérences* (cas de M. Mauclaire), ou l'*entéroanastomose* ou la *résection intestinale*.

---

## OBSERVATIONS

---

### OBSERVATION I. — BENHAM

Homme, 55 ans, marié, 3 enfants adultes, charpentier, a été empêché de travailler depuis 2 ans pour troubles de santé. En août 1894, se présente à l'auteur. Pendant très longtemps, boisson en excès, alcool, genièvre ; depuis quelque temps, davantage encore ; il y a 15 ans, une jaunisse.

Ordinairement, envies de vomir ; ne prend jamais de petit déjeuner le matin ; jamais de vomissements et d'hématémèses.

Commence à être malade il y a 11 mois, son ventre augmente de volume ; lit les 4 derniers mois, léger traitement médical. Admis à l'hôpital, il y a 2 mois, avec une hydropisie énorme, mais refuse d'y rester plus d'une semaine. Vu par l'auteur pour la première fois le 16 août 1894.

Couché sur le côté dans le lit, émacié, cachectique, sans forces, l'esprit égaré, prononçant à peine quelques paroles compréhensibles, délire la nuit, agité. Langue rouge et sèche, lèvres saburrales, expectoration muqueuse teintée de sang, respiration bruyante ; la poitrine ne peut être facilement examinée, mais l'air semble rentrer facilement. Pas de râles, respiration non accélérée, cœur normal, pouls régulier (60). Peau froide, blême, mais pas jaune. Taches rouges aux extrémités. Pas de

circulation superficielle abdominale, abdomen énormément distendu, fluctuation ; le foie ne peut être senti. Scrotum œdémateux, léger œdème des malléoles, anorexie presque complète, urines rares, très colorées.

19 août. — Etat stationnaire, mais semble plus maigre, plus atone, la forme du ventre change avec l'attitude au lit, l'empêche de se lever lui-même et provoque de la dyspnée ; urine et défèque dans son lit, à demi inconscient.

On décide une paracentèse pour prolonger le malade, sa vie ne pouvant durer ainsi quelques jours ; on ne peut le faire asseoir à cause du volume de son ventre ; il fut placé sur le côté du lit, les jambes sur le bord et le dos appuyé sur des oreillers, à demi-couché.

Trocart enfoncé à mi-chemin entre l'ombilie et le pubis ; aucun liquide, l'instrument n'ayant pas pénétré dans la cavité. Aspirateur, le liquide s'échappe, clair, légèrement rougeâtre ; on enlève 13 litres, sans que l'abdomen soit vide ; on constate alors des pulsations violentes à l'épigastre, évidemment communiquées par l'aorte abdominale.

Forme particulière de l'abdomen : en avant, une proéminence entre l'appendice xyphoïde et l'ombilic, tandis qu'autour la peau est relâchée. A la palpation, grosse tumeur, irrégulière, d'une étendue considérable, avec gros nodules à la surface et sur les bords, rugueuse, bien délimitée, légèrement mobile, douloureuse à la pression.

La face antérieure semble sortir comme une grosse saucisse, profondément située, s'étendant du rachis à la paroi abdominale antérieure, plus haute que large, plus étendue à droite qu'à gauche ; semble distincte du foie dont le bord inférieur ne peut pas être facilement délimité.

20 août : Mieux, peut se tourner, dort bien, pas de dé-

lire, mais l'esprit et l'attention ne sont pas encore normaux ; mange un peu mieux, urine mieux.

21 août : Pas de nourriture depuis hier, dort jour et nuit. Meurt tranquillement ce matin.

Autopsie. — En ouvrant le péritoine, il s'échappe environ 7 litres d'un liquide semblable à celui de la ponction ; ni lymphe, ni pus. Intestin de couleur brune ou noire, le péritoine pariétal seulement décoloré par endroits ; anses nulle part adhérentes, mais plaquées les unes contre les autres, paraissant plus dures que normalement. Leur surface externe est sombre et a perdu son poli et sa douceur. Pas d'exsudation de lymphe.

Foie très contracté et aplati, parsemé de granulations, à contour irrégulier ; la capsule ne peut être détachée, quoique pas adhérente aux parties voisines ; à la coupe foie très dense et induré ; lobules jaunes entourés irrégulièrement de tissu fibreux. Par places, disparition complète du tissu glandulaire.

Rate grosse ; capsule non adhérente, consistance ferme.

Pancréas gros et induré.

Reins normaux apparemment ; capsule épaissie ; congestion.

Mésentère remarquablement rétracté, plus court et plus épais en tous points, renferme une couche épaisse de graisse entre ses 2 feuillets, formant ainsi une masse de très solides plaques et rouleaux, attirant les anses intestinales vers la colonne vertébrale. Sur la surface se trouve l'épiploon, épaissi et de forme cylindrique. C'était évidemment cette extrême condensation du mésentère, mésocôlon et épiploon qui produisait cette masse par laquelle la pulsation était transmise à la surface abdominale durant la ponction, et avait été prise pour une tumeur lorsque le liquide avait été enlevé.

L'épaississement du mésentère s'étendait sur toute la longueur, le recouvrement péritonéal semblait aussi épaissi, de sorte que l'intestin était plus rigide et moins souple que normalement.

---

OBSERVATION II. — RIEDEL

Homme, 37 ans. Constipation chronique. Signes de tumeur dans la fosse iliaque droite. Laparatomie.

Rétraction du mésentère. La fin du grêle et le cœcum sont collés contre la paroi abdominale postérieure. Adhérences péritonéales, etc. Section des brides.

---

OBSERVATION III. — RIEDEL

Homme, 62 ans. Constipation chronique. Douleurs dans la fosse iliaque droite. Laparatomie. La fin du grêle est rétractée contre le rachis. Le mésentère présente des cicatrices blanchâtres.

Section des adhérences.

---

OBSERVATION IV. — RIEDEL

Homme, 46 ans, ancien tuberculeux. Depuis 15 jours signes d'appendicite. Laparatomie. Mêmes lésions que

dans le cas précédent. Section des brides. Mort le sixième jour, d'embolie pulmonaire.

---

OBSERVATION V. — TÉNANI

Quatre mois après une opération de hernie étranglée, avec une guérison régulière, symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie exploratrice ; on trouve un paquet d'anses grêles collées contre le rachis lombaire. Le mésentère n'a plus que quelques centimètres de longueur. La lumière de l'intestin est oblitérée.

Résection de 1 m. 70 d'intestin grêle. Guérison.

---

OBSERVATION VI. — TÉNANI

A l'autopsie d'un individu mort d'hémorragie cérébrale, avec artériosclérose généralisée, n'ayant présenté aucun trouble du côté de l'intestin durant sa vie, on trouve 1 mètre d'anses grêles collées contre le rachis et le mésentère réduit à quelques centimètres de longueur, pas très épaissi, avec vaisseaux artériels et veineux, athéromateux et calcifiés.

Calibre de l'intestin très diminué. Muqueuse normale.

---

OBSERVATION VII. — TÉNANI

A l'autopsie d'un individu de 73 ans, mort de troubles urinaires et d'artériosclérose, on trouve, à l'origine du

jéjunum, une anse rétractée contre le rachis et présentant les mêmes lésions que dans le cas précédent.

---

OBSERVATION VIII. — D'AGOSTINO

Ténani signale un cas semblable observé par son confrère.

---

OBSERVATION IX. — KRYNSKI

Homme. Pendant 22 ans, attaques irrégulières de constipation et de diarrhée. Douleurs abdominales. Augmentation de volume de l'abdomen.

L'auteur rattache ces symptômes à une inflammation chronique du mésentère, une sorte de cirrhose caractérisée par un développement exagéré du tissu conjonctif.

---

OBSERVATION X. — MAUCLAIRE

Homme de 35 ans. Présente depuis son enfance des coliques intestinales avec périodes de constipation.

Deux crises d'obstruction intestinale, en 1917, puis en décembre 1919.

Lors de l'examen, en janvier 1920, la crise est passée.

A la palpation : masse grosse comme le poing, douloureuse, un peu en dedans de l'hypochondre gauche.

A la radio : calibre du côlon descendant très diminué ; angle cœlique distendu à gauche.

Etat général mauvais, grand amaigrissement.

Diagnostic posé : tuberculose intestinale probable du

côlon descendant avec épiploïte, quoique la masse soit nettement, en grande partie, en dedans du côlon descendant.

Laparotomie exploratrice le 8 janvier. On trouve un paquet d'anses grêles du tiers supérieur du jéjunum, réunies par des adhérences, une anse énormément distendue comme un gros cæcum et étranglée dans une poche en nid de pigeon, formée par une très grosse bride péritonéale très épaisse, très résistante, partant du mésentère et allant se perdre sur le bord interne de l'angle côlique gauche. Le mésentère, à ce niveau, est épais, rétracté vers le rachis sur une longueur de 20 à 25 centimètres, il n'a plus, à ce niveau, qu'une hauteur de 4 à 5 centimètres. Des adhérences péritonéales d'aspect cicatriciel unissent les anses grêles en ce point. Au niveau de la terminaison de la grosse bride, les segments du côlon transverse et du colon ascendant sont réunis en canons de fusil par rétraction mésocôlique.

La grosse bride péritonéale est sectionnée et réséquée ainsi que les brides unissant les anses grêles ; celles-ci reprennent direction et calibre normaux, leur paroi n'est pas épaissie, ni blanchâtre. Pas de ganglions dans le mésentère, pas d'ascite ; partout ailleurs, péritoine sain. Péritonisation partielle au niveau des points réséqués. Fermeture de la paroi. Guérison.

---

#### OBSERVATION XI. — MAUCLAIRE

Homme, 76 ans. Alors qu'il n'y a pas eu d'autre crise antérieurement : occlusion intestinale, rétrécissement du calibre du grêle à sa terminaison et torsion de la dernière anse ; quand détordue, les gaz passent dans le cæcum qui était aplati.

Mort 2 jours après l'opération sans être allé à la selle.

A l'autopsie, on trouve la dernière anse grêle diminuée de calibre et collée contre la paroi abdominale postérieure.

Le mésentère n'existe pour ainsi dire plus.

Le péritoine, qui plaquait l'anse contre la paroi abdominale postérieure, était un peu épaissi avec brides descendant vers le pelvis.

Le cæcum et la première partie du côlon ascendant sont plaqués contre la paroi postérieure.

---

#### OBSERVATION XII. — FERRON

Homme, 54 ans. Se plaint de l'estomac depuis environ 3 mois. Lorsqu'il est examiné en février 1920, a beaucoup maigri, excellent appétit, mais hésite à manger, car il se sent très ballonné après les repas et le soir surtout lorsqu'il se couche.

Depuis quelque temps, pour se soulager, il provoque, tous les 2 jours environ, des vomissements en mettant ses doigts dans la bouche, mais jamais de vomissements spontanés.

Constipation alternant avec diarrhée ; quand il souffre, il éprouve un certain soulagement en se couchant sur le côté, tantôt à droite, tantôt à gauche.

On ne constate ni tumeur, ni péristaltisme sus ou sous-ombilical ; point très douloureux à droite, au niveau du muscle droit, un peu au-dessous d'une ligne transverse passant par l'ombilic.

Emphysème pulmonaire.

Deux pointes de hernie inguinale.

Ne se rappelle pas avoir été malade. Toucher rectal négatif.

Le diagnostic n'est pas fait.

Examen aux rayons X après repas bismuthé. — Cet examen, dont le résultat ne sera connu qu'après l'opération, donne :

Insuffisance pylorique. Duodénum constamment rempli et dessinant une courbe considérable.

Trois heures après : Estomac vide, masse intestinale repoussée à gauche.

Six heures et demie après : Une anse intestinale partant de la région duodénale, très petite au début, va en augmentant, descend perpendiculairement jusqu'au-dessous de la symphyse pubienne.

Neuf heures et demie après : C'est bien un obstacle sur le grêle, dans la région pyloro-duodénale.

Opération, le 20 février 1920. Incision basse-sus-ombilicale. Estomac petit, pylore souple ainsi que petite courbure. Rien d'anormal au niveau du duodénum. Relevement du côlon transverse ; on agrandit l'incision vers le bas. Dévidement d'anses grêles rouges avec méso souple, à côté desquelles on sort, mais beaucoup plus difficilement, des anses grêles blanches, laiteuses, ayant perdu leur aspect lisse, légèrement indurées et correspondant à un mésentère également blanchâtre, très épais, mais peu rétracté ; à la surface du mésentère, longues cicatrices irrégulières, d'un blanc plus intense que le reste du méso, d'aspect extrêmement varié. Impossible, à cause de l'épaisseur, de voir s'il y a des ganglions dans cette partie malade ; on ne voit pas de vaisseaux.

Une certaine quantité de grêle étant éviscérée, on tombe immédiatement au-dessous du mésocôlon transverse, sur la ligne médiane, sur une anse dilatée énorme, à laquelle fait suite une anse atrophiée et de calibre beaucoup plus petit.

L'opérateur croit se trouver au niveau de l'angle duodéno-jéjunal et pense que c'est la quatrième portion du duodénum qui est distendue avec un jéjunum atrophie (petit doigt) qui a perdu toute élasticité ; en réalité, et il ne tarde pas à s'en rendre compte, il se trouve en présence de l'angle iléo-cæcal ; l'ampoule cæcale regardait en haut et était immédiatement sous-jacente au côlon transverse. Appendice sain. Dernière anse iléale atrophiee, à parois indurées et de calibre réduit. A partir de ce point, sur une longueur de près de 2 mètres, l'intestin grêle, ainsi que son mésentère, présentait un aspect très caractéristique ; son diamètre allait en s'élargissant régulièrement, présentant l'aspect d'un long tronc de cône, jusqu'à sa continuation insensible avec l'intestin sain ; manque de souplesse, mais aucun point particulièrement induré.

On pratique une iléo-sygmoïdostomie, sans exclusion de la partie malade. Suites opératoires normales, apyrétiques, selles fréquentes et molles. Plus de douleurs, plus de teint terreux, quitte l'hôpital 3 semaines après. A ce moment, ventre ballonné, mais indolent, quelques gargouillements ; 3 mois après, plus de ballonnement, digestions parfaites, 2 à 4 selles par jour.

---

#### OBSERVATION XIII. — FERRON

Femme. Volumineuse hernie inguinale.

Même aspect du mésentère, avec intestin grêle normal.

---

OBSERVATION XIV. — MURARD

Homme, 48 ans. Se présente le 1<sup>er</sup> mai 1910, avec une occlusion datant de 2 jours. Rien dans les antécédents, bonne santé habituelle. Début brusque dans la soirée du 29 avril, par crampe douloureuse de la région épigastrique, purgation, mais ni selle ni gaz, plusieurs vomissements.

A l'arrivée, mauvais état général, dyspnée, agitation ; le malade se tient la ceinture comprimée entre les 2 mains ; abdomen contracté, extrêmement douloureux en tous les points. Température 38°. — Pouls 100. Toucher rectal négatif.

Opération. — Incision de Jalaguier (pour vérifier intégrité de l'appendice). Certaines anses sont très distendues ; d'autres contractées en boyau de poulet ; agrandissement de l'incision vers le haut. On trouve l'intestin attiré contre la paroi postérieure par une bride qui le coude en V et qui se dirige vers la colonne. Section de cette bride ; l'intestin laisse aussitôt passer les gaz ; la bride, assez grosse, s'implantait près du bord mésentérique et sur la face gauche. L'anse, dans son ensemble, est rétractée vers le rachis ; on ne peut l'extérioriser comme une anse normale. La circulation intestinale semblant rétablie, on se contente d'exciter les contractions en aspergeant l'intestin de sérum chaud. On note que l'oblitération siégeait assez haut, que les anses étaient très rouges, très congestionnées, ayant perdu le vernis séreux habituel, mais aucun liquide dans le péritoine ; on referme la paroi.

A la suite de l'intervention, aucune amélioration ; pas d'évacuation par anus. Le 2 mai, entérostomie ; les anses sont agglutinées, rouges ; entérostomie sur la pre-

mière anse qui se présente ; abondante issue de liquide intestinal d'odeur infeste. Mort le lendemain.

Autopsie. — Ansés rouges, agglutinées ; pas de liquide péritonéal ; l'obstacle était levé, mais il y avait une coudure au niveau de l'angle gauche. L'examen de l'anse grêle où siégeait l'occlusion montre : rétraction du méso (moitié moins large que celui des anses voisines) pas épaissi, basse, un peu plus dure et consistante ; 2 brides vélamenteuses en forme de faux, fines mais solides, se trouvent vers le même point, s'étendant de la convexité de l'anse à la base du mésentère, ne déterminant pas de compression.

Examen des viscères : Symphyse totale des 2 plèvres et du péricarde. Petite caverne du sommet droit (il s'agit d'un processus ancien). Rien sur les autres organes. En somme, une bride assez forte déterminant étranglement ; à côté, plusieurs autres plus petites. Mésentère nettement rétracté, impossible de l'extérioriser.

---

#### OBSERVATION XV. — FRITCH

Femme, 32 ans. Ancienne péritonite. Troubles d'occlusion. Opération. Torsion du mésentère qui est épaissi, plaques cicatricielles avec adhérences allant du mésentère à l'intestin. Iléus. Mort quelques heures après l'opération.

---

#### OBSERVATION XVI. — FRITCH

Homme, 59 ans. Symptômes d'occlusion intestinale. Laparotomie exploratrice. Le mésentère est transformé

en une plaque cicatricielle, dure. Volvulus et torsion de l'intestin du fait de la lésion du mésentère. Détorsion. Mort 12 heures après.

---

#### OBSERVATION XVII. — VIANNAY

Homme 58 ans. Entre à l'hôpital le 19 novembre 1920, pour symptômes d'occlusion intestinale datant de la veille.

On note : abdomen modérément ballonné, vomissements alimentaires. Pouls, 88. Assez bon état général, apyrexie. La cause de l'occlusion reste imprécise. Hernie gauche, ancienne, facilement réductible, point douloureuse. Aucune tumeur perceptible à la palpation de l'abdomen, ni au toucher rectal.

Probabilité : squirrhe du côlon. Les symptômes d'occlusion n'étant point très pressants, l'intervention est différée.

Le 21 novembre, quelques gaz. Le 22, une selle spontanée. Le 30, les phénomènes d'occlusion ayant reparu, on intervient.

Laparotomie sous-ombilicale médiane. La palpation du gros intestin ne permet pas de découvrir l'obstacle : ni tumeur, ni bride, ni coudure. L'exploration du grêle permet de découvrir, au milieu d'anses dilatées, 2 anses atélectasiées.

Après éviscération, on constate qu'il n'y a ni torsion, ni coudure, mais que le mésentère correspondant aux 2 anses atélectasiées, c'est-à-dire à une longueur d'intestin de 1 mètre environ, présentait un aspect tout particulier ; il était épaissi, infiltré, œdémateux, parcouru en certains points de stries blanchâtres, ailleurs semé de ta-

ches laiteuses. L'intestin correspondant est uniformément réduit de calibre, mais sans aucun point sténosé. Pas la moindre granulation tuberculeuse, pas d'ascite.

L'opérateur, ne trouvant ni anse à sectionner, ni vice de position de l'intestin à réduire, constatant une perméabilité suffisante du grêle, jugeant qu'une résection de plus de 1 mètre d'intestin était incompatible avec l'état général de son malade, se contenta de refermer purement et simplement l'abdomen.

Suites opératoires, d'abord incertaines, devinrent ensuite franchement favorables. Lavements et purgatifs aidant, l'intestin reprit ses fonctions et l'état général se releva lentement. Un mois après, guérison complète.

---

#### OBSERVATION XVIII. — BERGERET et MOUTIER

Présentation d'une anse intestinale prélevée à l'amphithéâtre. Le mésentère est rétracté sur son insertion rachidienne, d'une façon très marquée.

Cette rétraction est le fait d'une épaisseur fibreuse, dur, inextensible, qui se présentait sur la face droite, comme une brèche résistante soulevant la séreuse. La face gauche du mésentère avait en partie conservé sa souplesse.

Cette brèche, haute de 15 millimètres à peine, est assez étroite ; au-dessus et au-dessous, le mésentère retrouve son entière souplesse ; elle paraît interrompue par un ganglion créacé de la grosseur d'un pois et se continue au-delà par un cordon fibreux jusqu'à la racine du méso, après avoir contourné un deuxième ganglion créacé. Le reste du méso est normal ; il augmente

rapidement de hauteur de part et d'autre de la rétraction ; il ne présente aucun ganglion.

Aucune adhérence de péritonite chronique, aucun dépoli, aucun épaississement.

Cette brèche détermine une coudure très marquée de l'intestin, par rétraction de son bord mésentérique. Cette angulation ne semble pas avoir déterminé d'accidents pendant la vie, car il n'existait aucune rétrodistension de l'intestin.

L'autopsie complète montre un ganglion trachéobronchique caséeux, deux ganglions lombo-aortiques créta-cés. Sommets très adhérents à la plèvre parcourus de traînées scléreuses ; le poumon gauche renferme une cavité de la grosseur d'une noisette.

---

#### OBSERVATION XIX. — DUVERGEY

Homme, 47 ans. Entre à l'hôpital auxiliaire n° 5 à Dôle, après avoir été reconnu malade le même jour, le 17 avril 1918 ; il arrive avec des symptômes d'occlusion intestinale aiguë.

En 1911, il aurait eu, pendant un mois, une crise « d'entérite » avec coliques et constipation, qui aurait cédé spontanément. Avant cette époque, jouissait d'une excellente santé. Depuis cet incident, il était bien portant. Pas de constipation. Mobilisé en 1914.

En juillet 1915, étant dans les tranchées, il aurait eu pendant quelques jours, des symptômes d'occlusion intestinale subaiguë, avec coliques, ballonnement, constipation. Ces phénomènes n'ont duré que 2 à 3 jours et ils ont disparu spontanément. Ces troubles ont d'ail-

leurs été légers, puisque le malade n'a pas été évacué et est resté sur le front ; depuis 1915, les fonctions intestinales étaient régulières.

Le 16 avril 1918, il a quelques coliques abdominales, avec ballonnement. Dernière selle, le 16 avril au matin ; aucune altération de l'état général très bon.

Le 17 avril au soir, l'abdomen est distendu, volumineux, surtout au niveau de la région épigastrique et ombilicale. Quelques anses se dessinent et se contractent sous la paroi. Pas de défense musculaire. Palpation indolore. Pouls, 88. Température, 36°7. Urines normales. Toucher rectal négatif.

Dans la nuit du 17 au 18, vomissements bilieux ; l'intéroclyse est plusieurs fois répétée dans la journée sans succès ; un lavage d'estomac ramène des liquides sales en grande quantité ; l'abdomen se météorise davantage. Plusieurs vomissements dans la journée dont un nettement porracé.

Le 18 avril au soir, laparotomie sous-ombilicale avec anesthésie à l'éther. Intestin grêle énormément dilaté, rempli de matières. Deux ponctions aspiratrices avec un petit trocart, sont effectuées, au niveau de 2 anses grêles pour se donner du jour ; 4 litres de gaz et de matières intestinales liquides sont évacués. Suture au niveau des orifices de ponction ; une série de rétrécissements sont constatés au niveau de la dernière anse iliale. Ces rétrécissements cicatriciels sont accompagnés de larges cicatrices blanchâtres, nacrées, étoilées, siégeant sur le mésentère rétracté, épaissi, sclérosé ; en plusieurs points, ces cicatrices mésentériques attirent et plissent fortement l'intestin grêle, au point d'unir 2 anses et de ne les séparer l'une de l'autre que par une distance de 1 cent.  $\frac{1}{2}$ . Ces cicatrices mésentériques chevauchent sur la paroi intestinale et l'enserrent en diminuant considérablement

le calibre du grêle. Un anus contre nature est aussitôt pratiqué sur le grêle, en amont des lésions ; un gros tube de caoutchouc est introduit dans le bout supérieur de l'intestin.

Malgré les injections de sérum glucosé, d'huile camphrée, etc., les lavages par le bout supérieur, le malade meurt le 20 avril à 12 heures dans le collapsus.

A l'autopsie, on constate, au niveau de la dernière anse de l'iléon, une méésentérite rétractile, cicatricielle, avec série de rétrécissements de l'intestin. Le grêle est perméable aux liquides : ce sont les coudures, les plicatures dues à l'action rétractile du mésentère, qui ont déterminé l'occlusion (V. fig. p. 21).

Le foie est adhérent, sur toute sa surface convexe, par une véritable symphyse ancienne ; les côlons ascendant et transverse, le grand épiploon sont adhérents ; adhérences pleurales anciennes.

En résumé, méésentérite rétractile accompagnée de rétrécissements de la dernière anse de l'iléon et localisée à la portion correspondante du mésentère. Ce sont les lésions de sclérose méésentérique qui dominent le cas ; les cicatrices intestinales partaient du mésentère pour étreindre l'intestin dont la lumière était rétrécie, mais perméable ; il semble que les plicatures secondaires, les coudures auxquelles ont été soumises les anses grêles, aient déterminé en grande partie l'apparition de l'occlusion, aiguë. Ces lésions cicatricielles me paraissent, dit l'opérateur, être de nature tuberculeuse, comme en témoignent les adhérences de la plèvre du foie, etc. Toutes ces lésions bacillaires ont évolué progressivement, insidieusement, à peine indiquées par quelques troubles passagers, sans altérer l'état général resté bon. Elles ont abouti à l'occlusion aiguë, après cicatrisation.

Il est certain que si ce malade avait été étudié de plus

près, s'il avait été radioscopé avant son occlusion, on aurait peut-être pu éviter la terminaison fatale par la résection des lésions intestinales qui étaient localisées.

---

OBSERVATION XX. — ABADIE

Homme, 43 ans. Entre le 5 septembre 1918 au Val-de-Grâce, avec syndrome d'occlusion intestinale. Depuis sa jeunesse, hernie inguinale gauche.

Le 31 août, après un violent effort, vive douleur abdominale ; depuis lors, plus de selle. A son entrée, ventre ballonné, tendu, quelques hoquets. Température, 39°4.

Pouls; 80. Sujet affaibli, amaigri. Au toucher rectal rien dans l'ampoule ; on sent une résistance plus haut, située vers le promontoire, à droite ; mais cette masse imprécise est mobile. Rectoscopie : pas de tumeur visible.

Diagnostic probable : tumeur de l'anse sigmoïde, mais le cadre cœlique n'étant point nettement dessiné, on décide d'explorer par une laparotomie avant de faire, si besoin est, un anus contre nature ou une extériorisation.

Opération le 6 septembre. — Rachinéocaïne. Laparotomie médiane sous-ombilicale. Ascite. Le grêle apparaît dilaté, violacé, plusieurs anses agglomérées. On décolle aisément le plus grand nombre, mais à mesure qu'on progresse méthodiquement vers le cæcum, les adhérences sont de plus en plus serrées, accolant étroitement les branches d'une même anse maintenues en V étroit ou plusieurs anses voisines. Ces adhérences se présentent sous la forme de nappes blanchâtres, vernissées, tapis-

sant et nivelant les replis de l'intestin, qui paraît recouvert par places d'un enduit épais, blanc, régulier.

En outre, le mésentère, épaissi, rétracté inégalement, détermine des coudures intestinales. En un point de l'épiploon, également rétracté et adhérent, part une bride longue, aboutissant à la face antérieure du sacrum, où elle est fixée et qui, passant par-dessus le grêle, étrangle ce dernier contre le promontoire ; jusque-là, malgré ses adhérences, le grêle est distendu. Au-delà, il est aplati, et ses anses agglomérées sont plus étroitement accolées jusqu'au cæcum. Epiploon adhérent au côlon descendant.

La bride est sectionnée pour rétablir le cours des matières ; les anses sont décollées et débarrassées le mieux possible, à la compresse ou à la pince, des nappes blanches qui les recouvrent ; celles-ci enlevées, la surface de l'intestin paraît dépolie et piquetée de rouge.

Par section du feuillet péritonéal superficiel rétracté, le mésentère reprend assez aisément sa longueur normale. Il semble donc que c'est le péritoine lui-même qui est le siège de l'épaississement et de la rétraction.

On vérifie au sérum chaud la contractilité de l'intestin. Sa distension gênant la remise en place, ponction au bistouri sur une des anses extériorisées, la plus déclive, puis points en bourse pour fermer l'orifice.

On note : petit foie à surface lisse, blanchâtre, par épaisseur de la capsule.

Suites d'abord encourageantes : gaz, selles abondantes. Température, 37°. Pouls, 110. Wassermann négatif. Etat général s'aggrave. Décès le 13 décembre. Pas d'autopsie.

---

OBSERVATION XXI. — ABADIE

Jeune fille, 15 ans. A toujours joui d'une bonne santé. Appelle le docteur le 10 janvier 1922, parce que, depuis 4 ou 5 jours, douleurs abdominales avec coliques. Déjà, il y a quelques semaines, mêmes phénomènes passagers. On a d'abord pensé à de l'entéro-colite, mais depuis 2 jours, pas de selles. Ventre ballonné. Température, 38°. Pouls, 112. On fait belladone, huile camphrée, enveloppements humides du ventre et des reins. Amélioration, puisque le 13 janvier température, 37° ; pouls, 100 ; douleurs amendées ; une selle liquide. Cependant, le ballonnement persiste et s'accroît. Vomissements, selles rares, peu abondantes, coliques violentes. Température, 38°5 le 14 ; 38°7, le 15 ; 40° le 16 et pouls, 125. On fait 2 examens radiologiques :

1° Repas baryté : 12 heures plus tard, on en constate dans le côlon, mais également distension considérable des anses grêles avec liquide mobile dans ces anses.

2° Lavement opaque. Tout le côlon se remplit. Entre les anses, liquide ascitique, pas d'occlusion vraie. Tout le tube digestif est parcouru par la baryte. L'existence de l'ascite fait porter le diagnostic de péritonite tuberculeuse aiguë, car, 18 mois après la naissance de l'enfant, le père a été opéré d'une épididymite tuberculeuse. Réaction de Vernes négative chez l'enfant et le père.

Opération le 17 janvier 1922. — Ether, ombredanne, laparotomie médiane sous-ombilicale ; ascite très abondante, légèrement sanguinolente. La masse des anses intestinales fait issue ; elles sont violacées, distendues ; à travers leur paroi amincie, on voit les flots de liquide qu'elles contiennent, en même temps que des gaz. Extériorisation rapide dans une grande compresse imbibée de sérum chaud. On arrive ainsi à la cause de l'occlu-

sion. Sur au moins 1 mètre d'étendue avant d'arriver au cæcum, l'intestin grêle est le siège des déformations suivantes : plis et coudures aiguës par rétraction irrégulière du mésentère épaissi par places avec véritables bandes rétractiles ; anses grêles agglomérées sur lesquelles adhérences en nappes blanches, nacrées qui les accolent et les nivellent ; calibre du grêle devenant ainsi irrégulier, tantôt normal, tantôt rétréci sous les nappes épaisses ; on ne retrouve pas d'abord de cæcum ni de côlon. Les nappes du péritoine, épaisses, confluentes, continues, masquent complètement tout le gros intestin ; il faut arriver jusqu'au côlon pelvien pour trouver un segment côlique à peu près libre et de calibre permettant une anastomose. On libère 50 centim. environ d'iléon qu'on débarrasse des néomembranes adhérentes et le long duquel on donne au mésentère sa longueur normale en sectionnant longitudinalement le feuillet péritonéal supérieur.

Iléo-sigmoïdostomie latéro-latérale avec le côlon pelvien mobilisé à grand'peine et de calibre encore étroit ; évacuation, par une moucheture au bistouri, du liquide contenu dans les anses distendues.

Point en bourse, sérum chaud, réintégration de l'intestin, fermeture sans drainage. Mort la nuit suivante.

---

#### OBSERVATION XXII. — DUVERGEY

Jeune homme, 22 ans, charpentier. Entre à l'hôpital le 14 juin parce que son ventre a considérablement grossi (depuis 4 ans) et qu'il lui est maintenant difficile de continuer son travail dans de telles conditions.

Il y a 4 ans, a été soigné pour une maladie de cœur. Jambes enflées, lassitude générale, essoufflement au moindre effort, inappétence. Après traitement, amélioration, cependant ne recouvre jamais complètement ses forces ; à cette époque, rien du côté de l'intestin, sauf quelquefois un peu de diarrhée : 2 à 3 selles par jour ; à ce moment, il s'aperçoit que son ventre enfle peu à peu d'une façon indolore, et que cette augmentation de volume est sensiblement plus marquée après les repas. Pas de vomissements, pas de constipation.

En mai, 1919, par une ponction, on retire une douzaine de litres de liquide ; au bout de 20 jours, son ventre est aussi volumineux pendant ce laps de temps, appétit légèrement diminué, puis la situation semble se stabiliser jusqu'en janvier 1920, époque à laquelle on lui fait une deuxième ponction, on retire à peu près la même quantité de liquide, 3 semaines après, le ventre a repris le volume d'avant la ponction.

Le malade travaille, a bon appétit, son ventre augmente insensiblement jusqu'au jour où il se décide à entrer à l'hôpital.

Son ventre est plus gros que lors de la dernière ponction. Selles très normales. Antécédents : chez la mère (morte des suites de couches), une pleurésie ; chez lui, la rougeole à 4 mois ; à 7 ans une affection pulmonaire sur laquelle il ne peut donner aucun renseignement.

En 1920, abcès froid de la région dorsale du poignet gauche, traité par ponctions et injections de liquide modificateur. Pas de maladie vénérienne avouée. Pas d'habitudes éthyliques.

A l'entrée, nous notons un ventre énorme, étalé sur les flancs (ventre de batracien), ombilic saillant ; pas d'arborisation veineuse. Teint subictérique des téguments de la région abdominale, que l'on retrouve au ni-

veau des conjonctives. Varicosités sur les bourses. Pas d'œdème des membres inférieurs.

A la palpation, nette sensation de ballonnement.

A la percussion, matité dans les flancs, sonorité dans la région médiane ; dénivellement ; onde facile à déterminer.

Appétit conservé, pas de diarrhée, pas de constipation.

Enorme déformation de la poitrine, en tronc de cône à base très élargie, appendice xyphoïde pointant vers l'avant.

Au cœur, rien d'anormal, aux poumons non plus, ne tousse pas.

Wassermann négatif.

Opération le 16 juin 1922. — Ether, laparotomie médiane sous-ombilicale ; petite ouverture ; il sort une trentaine de litres d'un liquide légèrement teinté de brun. On parvient, malgré une résistance postérieure assez considérable, à amener 3 anses jusqu'à la paroi antérieure. Cette résistance était produite par une rétraction en masse du mésentère. Celui-ci présente les lésions typiques de mésentérie sclérosante et rétractile, cicatrices étoilées, de 1 centim. environ de rayon, blanches, nacrées, quelques-unes opalescentes, en formation, semble-t-il.

A la surface du mésentère, on remarque la présence de petites tumeurs kystiques, demi-sphériques, en forme de « demi-grain de raisin, visibles surtout à jour frisant, laissant échapper un peu de liquide à la ponction, sortes de petits kystes séreux, dus peut-être à l'étranglement des capillaires lymphatiques par le processus scléreux, et à leur dilatation entre 2 étranglements.

Quelques granulations sur le mésentère et les anses intestinales.

Une fausse membrane, libre, flottant dans l'abdomen, que l'on sectionne, est envoyée à l'examen anato-mo-pathologique, ainsi que quelques petits kystes plus haut signalés.

On va palper la face inférieure du foie qui n'offre rien de particulier. On referme avec drainage.

Le lendemain de l'opération, émission de quelques gaz ; 2 jours après une selle, puis 2 le jour suivant. Drain enlevé le cinquième jour.

Au 27 juin, état satisfaisant, le liquide ne s'est pas reproduit. Examen du liquide contenu dans l'abdomen :

Polynucléaires, 4 p. 100.

Moyens mononucléaires, 1 p. 100.

Cellules macrophages, 1/4 p. 100.

Cellules, 6 p. 100.

Lymphocytes, 75 p. 100.

Assez nombreuses hématies, dont quelques-unes nucléées.

Pas de microbes à l'examen direct.

Il semble bien s'agir là d'un épanchement tuberculeux.

Examen des petits kystes et de la fausse membrane, fait dans le laboratoire de M. le P<sup>r</sup> Sabrazès :

Kystes : Parois fibrohyalines à faisceaux parallèles réguliers. Le revêtement cellulaire est tombé, on n'en trouve pas trace. Très peu d'éléments cellulaires. Kystes séreux probables.

Fausse membrane : Fibrineuse, formant des sortes de mailles dans les cavités desquelles on voit les éléments cellulaires suivants : grandes cellules polyédriques du type endothéliforme, parfois groupées en pla-

cards, parfoi à l'état dissociées, parfois vacuolisées ; peu de lymphatiques.

---

OBSERVATION XXIII. — PARCELIER et MANCÉ

(*Société anatomo-clinique de Bordeaux, 22 mai 1922*)

Homme, 63 ans. Entre à l'hôpital, le 3 juin 1922, pour une hernie inguinale gauche étranglée.

Dans les antécédents, on ne relève comme faits intéressants que les suivants : A été opéré en 1912 pour une hernie inguinale gauche étranglée. En 1919, survient, au niveau de la hernie inguinale droite, un syndrome d'étranglement herniaire, mais l'opération, pratiquée par le Dr Loubat, montre qu'il s'agit en réalité d'une thrombose mésentérique portant sur la partie terminale de l'intestin grêle, à 10 centim. environ de l'abouchement iléo-cæcal. Le segment thrombosé, qui mesure une dizaine de centimètres environ, est réséqué, et la continuité de l'intestin rétablie par une suture termino-terminale. Guérison. Le malade ne présente aucun trouble intestinal appréciable, jusqu'au jour où sa hernie inguinale gauche s'étrangle de nouveau. Notons que la hernie inguinale droite s'est reproduite, que la paroi abdominale du malade est dépourvue de toute tonicité musculaire. Véritablement « en ruines », interdit tout espoir de cure radicale solide et durable.

Le 3 février 1922, sous rachi-anesthésie, cure radicale de la hernie inguinale gauche étranglée. L'intestin hernié est sain. Fermeture de la paroi en un plan au fil d'argent. Suites normales, jusqu'au 18 février (quinzième jours après l'opération), lorsque, ce jour-là, il accuse de violentes douleurs au-dessous de l'ombilic, douleurs

qu'il compare à des coliques. Depuis 2 jours, il n'a pas été à la selle, et, depuis la veille, il n'a pas rendu de gaz par l'anus.

L'abdomen est un peu ballonné, et, au-dessous et à droite de l'ombilic, on voit des contractions intestinales. En face de ce syndrome d'occlusion, on décide d'intervenir. Laparotomie médiane sous rachi-anesthésie (syncaïne). Les 10 derniers centimètres du grêle ont un aspect blanchâtre, ils sont parsemés de taches laiteuses ; la paroi, à la palpation, paraît épaissie. Au niveau des 3 derniers centimètres, juste avant la valvule iléo-cæcale, on note un rétrécissement tubulaire donnant à l'intestin le volume d'un gros crayon, et à la palpation la consistance d'un tube de caoutchouc plein. Le mésentère correspondant à cette zone est épaissi, scléreux, parsemé des étoiles blanchâtres caractéristiques de la mésentérite rétractile. Immédiatement au-dessus de cette anse, le grêle est très augmenté de volume, se contracte violemment pendant les manipulations opératoires. Cæcum souple et aplati. Entéro-anastomose entre anse dilatée et cæcum.

Fermeture. Guérison. Depuis, aucun trouble intestinal.

---

OOSERVATION XXIV. — DUBOUCHER (d'Alger).

*Inédite (1921).*

*Appendicite herniaire et mésentérite sclérosante et rétractile avec zones de congestion précédant l'apparition des cicatrices étoilées.*

Ch., 28 ans. Hernie inguinale droite étranglée réduite par le taxis.

Opération. — Dans le sac on trouve l'appendicite iléo-cæcal dont le méso est très épais, scléreux, court, blanchâtre avec des cicatrices nacrées irrégulières. La partie initiale de l'appendice est collée sur le cæcum par une membrane vélamenteuse. Le mésentère de l'anse terminale du grêle présente des cicatrices étoilées, nacrées, rétractiles, paraissant faire suite à des saillies rosées surélevées. Cure radicale. Guérison.

Depuis 1 an ce malade avait des douleurs abdominales avec vomissements.

Examen histologique. — Les petites saillies mûriformes du mésentère sont formées par des amas de vaisseaux bourrés de leucocytes. Les cicatrices étoilées qui semblent avoir succédé à ces saillies mûriformes sont formées de tissu fibreux typique.

---

OBSERVATION XXV. — DUBOUCHER. *Inédite* (1922).

*Mésentérite rétractile dans un sac d'éventration  
abdominale*

E..., âgé de 45 ans. Présente une éventration après l'ablation de l'appendice, faite il y a 18 ans. Depuis longtemps la réduction du contenu était incomplète. Mais depuis 24 heures, des signes d'obstruction intestinale sont apparus avec vomissements fécaloïdes.

Opération. — Après ouverture du sac, on trouve le mésentère épaissi, sclérosé ; sur ses 2 faces on voit des cicatrices étoilées, blanchâtres, rétractiles ; plusieurs de ces cicatrices empiètent sur le péritoine qui entoure le grêle et elles en rétrécissent la lumière. Le mésentère présente les mêmes lésions un peu au-dessus et un peu

au dessous de l'anse étranglée. Cure radicale de l'événtration. Guérison.

Les jours suivants, recherche de la réaction de Bordet-Wassermann. Elle est négative. Pas de signes de tuberculose. Antérieurement, il n'y a jamais eu d'entérite ni de dysenterie.

#### OBSERVATION XXVI. DUBOUCHÉ. Inédite (1922)

##### *Mésentérite rétractile sur le mésentère herniaire et sur le mésentère voisin*

B..., 35 ans, entre dans le service de M. le Professeur Vincent avec les symptômes d'un étranglement herniaire inguinal. Cette hernie datait de l'enfance. Elle a toujours été réductible, indolore et non contenue par un bandage.

Opération. — Après débridement du collet, on essaie d'attirer l'anse au dehors. Celle-ci vient mal. Le mésentère est épais, dur, blanchâtre. Il présente de nombreuses cicatrices naquées, étoilées et rétractiles de dimensions variables, et atteignant, les plus grosses, la dimension d'une pièce de 2 francs. Autour d'elles la séreuse est bridée ; ces taches n'empiètent pas sur l'intestin. Elles sont cartonnées ; leur épaisseur paraît minime. Les mêmes lésions existent sur le mésentère des anses voisines. Le péritoine pariétal antérieur est normal. Cure radicale. Guérison.

Suites. — Le ventre reste dur, empâté, peu souple à la palpation. Il est douloureux à droite dans la fosse iliaque.

Depuis longtemps le malade a de vagues douleurs abdominales et du ballonnement après les repas, et de la

constipation fréquente. Réaction de Bordet-Wassermann négative.

---

OBSERVATION XXVII. — DUBOUCHER *Inédite* (1922)

*Volvulus d'une anse terminale du grêle. Mésentérite rétractile avec cicatrices*

V..., 30 ans, présente une hernie inguinale droite non contenue par un bandage. Depuis 3 jours, douleurs, ballonnement de la fosse iliaque droite, vomissements. Diagnostic : volvulus de l'intestin grêle.

Opération. — Laparotomie. On trouve dans la cavité péritonéale environ 2 litres de liquide sanguinolent. Volvulus d'une anse grêle. Après la détorsion le contenu intestinal circule facilement. Le mésentère de l'anse tordue est épaissi, sclérosé, et, sur ses 2 faces on voit des cicatrices planes, nacrées, à contours étoilés, d'aspect rétractile. Au niveau de la terminaison du grêle, c'est-à-dire tout près, une bride fibreuse va de l'intestin au collet du sac herniaire en rétrécissant le calibre du grêle au-dessous de l'anse tordue. Le cæcum et le côlon ascendant sont plaqués dans la fosse iliaque droite par une membrane fibreuse. Section de la bride iléale. Suture de la paroi abdominale.

Les jours suivants, nouvelle crise d'occlusion intestinale, et apparition d'une fistulette stercorale. Malade non suivi ultérieurement.

---

OBSERVATION XXVIII. — DUBOUCHER. *Inédite* (1922)

*Mésentérite rétractile sur le mésentère d'une anse  
grêle herniée*

A..., 32 ans, entre dans le service de M. le Professeur Vincent pour hernie pariétale étranglée. La hernie est congénitale et elle est compliquée d'ectopie testiculaire ; elle était parfois indolore. Pas de bandage herniaire.

Opération. — Il y a un sac herniaire qui descend dans le scrotum avec diverticule remontant en haut sous la peau. Dans l'une des anses grêles étranglées, on trouve le mésentère épaissi et couvert de cicatrices étoilées, rétractiles, nacrées, cartonnées au toucher et adhérentes aux parties voisines.

Cette rétraction donne à l'anse totale une forme en oméga pouvant favoriser le volvulus. Les cicatrices empiètent, par places, sur l'intestin dont le calibre reste normal. Cure radicale. Guérison.

---

## CONCLUSIONS

---

I. — Depuis que M. Mauclore a attiré l'attention à la Société de chirurgie (avril 1920) sur la mésentérite sclérosante et rétractile, sa fréquence relative, maintenant qu'on s'en occupe davantage, est démontrée par le nombre progressivement croissant des observations qui s'y apportent.

Il y en a actuellement 28.

II. — Elle est le résultat d'affections diverses.

La tuberculose du péritoine, la syphilis du péritoine, les artérites d'origines diverses, les infections, les intoxications (alcool), les ulcérations de la muqueuse intestinale, et, pour la mésentérite herniaire, les micro-traumatismes de la hernie, en résument l'étiologie et la pathogénie.

III. — Les symptômes fonctionnels sont assez vagues et la radiographie, grâce à ses progrès actuels, permettra de plus en plus de préciser le diagnostic.

IV. — Pronostic : L'occlusion intestinale et l'infarctus peuvent en être les redoutables complications.

V. — Traitement : Médical ou simple laparotomie, si les lésions sont très bénignes et tuberculeuses. Dans les cas graves, libération des adhérences, entéroanastomose ou résection intestinale.

*Vu, le Doyen,*

ROGER.

*Vu, le Président,*

HARTMANN.

*Vu et permis d'imprimer :*

*Le Recteur de l'Académie de Paris :*

APPELL.

---

## BIBLIOGRAPHIE

---

- LONG. — Phlegmon du mésentère. Soc. méd. de la Suisse romande, 1879.
- BERNARD. — Les hématomes du mésentère Th. de Paris, 1888.
- BENHAM. — Epaississement et rétraction du mésentère dans la cirrhose du foie. *Lancet*, 1895.
- RIEDEL. — Syphilis de l'intestin grêle et iléus. Mitt aus den Grenzg. der Med. und Chir., 1897.
- Rétraction du mésentère, du cœcum et de la terminaison du grêle et iléus. *Ibid*, p. 529.
- MAUCLAIRE et ALGLAVE. — Péritonite fœtale tuberculeuse et malformation rectale. Soc. anat., 1899.
- FRIEDREICH. — Gommès syphilitiques du mésentère et iléus. *Arch. f. klin. Chir.*, 1900.
- ROQUES. — Kystes hématiques du mésentère. Th. de Lyon, 1900.
- MOLLER. — Mésentérite chronique fibreuse. Th. de Kiel, 1904.
- TOUSSAINT. — Absès du mésentère dans la fièvre typhoïde. Soc. de Chir., 1907.
- KRINSKY. — Mésentérite fibreuse, *Gaz. Lehorska*, 1910 et Congrès international de médecine, Londres, 1913.
- LAGANNE. — Les artérites intestinales. Th. de Paris, 1912.
- TÉNANI. — Mésentérite rétractile. Il Morgagni, déc. 1913.

- PRUTZ. — La chirurgie du mésentère, Deut. Chir., de Bilioth et Lucke, 1913, Bd. XLVI (bibliographie).
- JEAN. — Périduodénite, *Arch. de méd. navales*, 1919.
- PERREY. — Malformation intestinale et rétraction du mésentère. *Lancet*, fév. 1919.
- MAUCLAIRE. — Mésentérite sclérosante et rétractile, Soc. de Chir., 21 avril 1920.
- FORSTER. — Adhérences mésentériques et périduodénales, Mitt aus den Grenzg. der Med. und Chir., 1920.
- FERRON. — Mésentérite avec atrophie correspondante du grêle, Soc. de chir., 23 juin 1920.
- MAUCLAIRE. — Deuxième cas, Soc. de Chir., 7 juillet, 1920.
- MURARD. — Soc. de chir., juillet 1920.
- ROCHET. — Occlusions congénitales de l'intestin grêle, *Lyon, Chir.*, sept. 1920.
- VIANNAY. — Soc. de chir., 12 mai 1921.
- FRITSCH. — *Centralbl. f. Chir.*, 26 mars 1921.
- RODE. — Adhérences périduodénales, Beitr. z. klin. Chir., 1921.
- MARTINEZ. — Artério-sclérose abdominale, *Paris Méd.*, 8 oct. 1921.
- SEGAGNI. — Péritonites plastiques, *Policlinico*, mai 1921.
- PIASIO. — Th. de Lyon, 1921.
- MAUCLAIRE. — Congrès de chir., oct. 1921.
- VIANNAY et PIASIO. — *Loire Méd.*, nov. 1921.
- DUVERGEY et VIANNAY. — Soc. de chir., 11 janvier 1922, rapport Mauclore.
- DAVIS et POYNTER. — Malformations de l'intestin chez le nouveau-né, *Sürg. Gynecol. and Obstet.*, janv. 1922.
- MAUCLAIRE. — *Gazette des Hôpitaux*, 7 et 9 mars 1922.

PARCELIER et MANGÉ. — Soc. anatomo-clin. de Bordeaux,  
22 mai 1922.

DAUBIGNY. — Th. de Bordeaux, 1922.

---

---

Limoges, Imp. Commerciale]Perrette

---





